

ELIJA UNA OPCION

COBERTURAS

Muerte por cualquier causa  
Adicional por muerte accidental  
Invalidez total y/o parcial permanente  
Adelanto por enfermedades críticas  
Transplantes de órganos hasta  
Costo mensual por persona  
Indique la opción deseada con una x

OPCION 1	OPCION 2	OPCION 3	OPCION 4	OPCION 5
\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 10.000
\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 10.000
\$ 5.000	\$ 10.000	\$ 15.000	\$ 20.000	\$ 10.000
\$ 2.500	\$ 5.000	\$ 7.500	\$ 10.000	\$ 5.000
-	-	-	-	\$ 70.000
\$ 4,00	\$ 8,00	\$ 12,00	\$ 16,00	\$ 15,00

DESCRIPCION Y SUMAS ASEGURADAS PARA LA COBERTURA DE TRANSPLANTES Y ENFERMEDADES CRITICAS

TRANSPLANTES (CARENCIA 120 DÍAS)

Médula\$ 70.000  
Hepático\$ 70.000  
Renal\$ 24.000  
Cardíaco\$ 60.000  
Cardio pulmonar\$ 60.000

ENFERMEDADES CRÍTICAS (CARENCIA 90 DÍAS)

Cáncer\$ 5.000  
Infarto de miocardio\$ 5.000  
Accidente cerebro vascular\$ 5.000

DATOS DEL SOLICITANTE

CUIT, CUIL  
o DOC.

Nº DE CUIT  
CUIL o DOC.

RENOVACION

☐

POLIZA NUEVA

☐

SIT. IVA: R.I.☐R.N.I.☐N.R.☐C.F.☐EX.☐MON.☐

Apellido y Nombre / Razón Social:

Domicilio: C.P.: Localidad:

Tel.: Fecha Nac.: / / Estado Civil: Sexo:

E-mail: Profesión u ocupación principal:

Tel. Cel.:

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombres y apellidos completos	Nº doc. Identidad	Edad	Parentesco	Domiciliado en	%

\* LOS BENEFICIARIOS SON CORRELATIVOS AL ORDEN SUSCRITO, EN CASO DE NO EXISTIR, HEREDEROS LEGALES\*

DECLARACION JURADA DE SALUD

1. ¿HA ESTADO UD. ENFERMO EN EL ULTIMO AÑO?  
1.1. ¿DE QUE ENFERMEDAD?  
2. ¿HA SUFRIDO UD. ALGUN ACCIDENTE, HERIDA O INTERVENCION QUIRURGICA?  
2.1. ¿EN QUE CONSISTIO?  
3. ¿SE CONSIDERA UD. SANO?  
3.1. ¿DE QUE PADECE?  
4. ESTATURA 4.1. EDAD 5. PESO  
6. ¿PERDIO PESO EN EL ULTIMO AÑO?  
6.1. ¿RAZON?

RETICENCIA O FALSA DECLARACION (Art- 5º párrafo 2º Ley 17418) - Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado titular o los asegurados adherentes aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.

No se cubren Enfermedades Preexistentes ni las Consecuencias de Cirugías Practicadas. Se entiende por Enfermedad Preexistente: Enfermedad o anomalía de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren para su desarrollo de un período de tiempo científicamente establecido y habitualmente de varios meses.

Autorizo a BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio, a obtener toda información médica adicional, que ésta necesite, con relación a la indemnización a reclamar y relevo del secreto profesional a los médicos que me asistan o examinen en el futuro. Nombre de médico/s y establecimiento/s asistencial/es

Firma del Solicitante

Aclaración

Declaro conocer y aceptar las condiciones generales del Seguro que solicito, que están en poder del contratante y que fueran exhibidas.

Firma Productor

Aclaración

CODIGO PRODUCTOR

Lugar y Fecha: / /